

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Dr^a Karenina Ximenes

CRM: 12310 UF: ES Nº: _____

End. Completo: Rua Eugênio Netto, 466

Praia do Canto

Cidade: Vitória UF: ES

Tel.: 27 99944-2058



1^a Via Farmácia

2^a Via Paciente

Paciente: Daniel M. Marasky

Endereço: _____

Prescrição: uso oral contínuo

① lanabidol Forma USA 200mg/ml 3 pacos

Dor 0,5ml 2x dia

27/02/25

~~Karenina Goldberg
Neurologista Infantil
Neurofisiologia
CRM ES 12310~~

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____

Órg. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Tel: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÉUTICO DATA / /